Aus der Königl. Chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.

STATISTIK

der Häufigkeit des Ulcus-carcinoms des Magens

an der Hand der Literatur seit 1900.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Kaßner

aus Münster i. W.

1913.

Druck von Gebr. Lensing, Dortmund.

Aus der Königl. Chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.

STATISTIK

der Häufigkeit des Ulcus-carcinoms des Magens

an der Hand der Literatur seit 1900.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Kaßner

aus Münster i. W.

1913.

Druck von Gebr. Lensing, Dortmund.

Nr. 45.

Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: **Prof. Dr. Anschütz.**

Zum Druck genehmigt: **Prof. Dr. Anschütz,** z. Z. Dekan.

Carola in Liebe,

Meinen Eltern in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/statistikderhufi0000joha

Seitdem die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs immer mehr in den Vordergrund getreten ist, hat auch die Frage, wie oft auf dem Boden eines Ulcus sich später ein Carcinom entwickelt, eine große praktische Bedeutung bekommen. Die Entscheidung über die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms ist noch nicht gefallen. Ja, es sind vielmehr ziemlich große Schwankungen in den darüber herrschenden Ansichten vorhanden und vorhanden gewesen. Während man z. B. vor etwa 20 Jahren größtenteils noch der Ansicht war, daß Ulcus und Carcinom zusammen verhältnismäßig selten vorkommen, sich vielmehr eher ausschließen, ist im Laufe des letzten Jahrzehnts die Ansicht immer verbreiteter geworden, daß das Ulcus dem Carcinom den Boden bereite, so daß das Ulcuscarcinom eine relativ häufige Erkrankung sei; dennoch aber schwanken in der Literatur die Angaben und es ist von einer einzelnen Arbeit ausgehend schwierig, sich ein zuverlässiges Bild zu machen. Aus diesem Grunde habe ich auf Veranlassung von Herrn Prof. Anschütz (Siehe seine Ausführungen auf dem Chirurgen-Kongreß 1912) die Resultate einer größeren Anzahl von Arbeiten der neueren Zeit nach gemeinsamen Gesichtspunkten zusammengestellt und versucht, aus dem Ergebnis der einzelnen Arbeiten zusammen mehr allgemein gültige Schlüsse zu ziehen.

Die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms läßt sich klinisch von zwei Seiten aus untersuchen:

1. Man geht vom Magencarcinom aus und untersucht, wie oft ein solches aus einem Ulcus hervorgegangen ist, indem man teils Anamnese oder Verlauf, teils den pathologisch-anatomischen Befund zu Hilfe nimmt.

2. Man geht vom Magenulcus aus und untersucht, wie viele von diesen im Laufe der Jahre zu Carcinomen geworden sind.

Der letztere Weg ist wohl der sicherste, da man sich an der Hand der bei Operationen an Lebenden festgestellten Ulcera auf zuverlässigerem Boden befindet, als wenn man sich auf die Anamnese allein verläßt. Über die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms, festgestellt durch patholog.-anatom. Untersuchung von Leichen oder Resektionsmaterial, sind eine ganze Reihe von Arbeiten erschienen:

Borst 1 hatte unter 159 Krebsfällen 9 Ulcuscarcinome = 5,7%,

Haberfeld 2 (pathol. Institut Wien) unter 662 — 106 also 16 %,

Hagen 3 — 22%, Klausa 4 (patholog. Institut Kiel) unter 120 — 32 = 26%

Carpenter u. MacCarty 5 unter 153 — 109 = 71% Ulcuscarcinome.

An diesen Statistiken muß sofort die enorme Differenz der Prozentzahlen auffallen, und es ist deshalb äußerst schwierig für den Leser, sich eine bestimmte klare Anschauung zu verschaffen. Dazu kommt, daß pathologisch-anatomisch die Diagnose „Carcinom auf dem Boden eines Ulcus" äußerst schwierig und nur in einer ganz geringen Anzahl von besonders günstig liegenden Fällen sicher zu stellen ist.

Auch die Häufigkeit, mit der Carcinomkranke eine Ulcusanamnese bieten, wird äußerst schwankend angegeben:

So fanden eine Ulcusanamnese bei später sicher festgestelltem Carcinom:

Makkas 6 (103 Fälle) in 8,7%
Kappeler 7 (30 Fälle) in 10%
Daneel 8 (313 Fälle) in 12 %
Steiner 9 (59 Fälle) in 15,3%
Clairmont 10 (45 Fälle) in 15,4%
Graham 11 in 15—18%
Rivière-Jaboulay 12 in 20%
Creite 13 (104 Fälle) in 16—25%
Stich 14 in 30%
Brüning 15 (32 Fälle) in 31%

Nordmann 16 (33 Fälle) in 33%
Graham 11a neuere Arbeit (49 Fälle) in 61%
Moynihan 17 in 66—70%
Matti 18 fand teils durch pathologisch-anatomische Untersuchung, teils unter Berücksichtigung der Anamnese unter 97 Carcinomen 16 = 16,5%.

Wir sehen auch bei dieser Zusammenstellung eine derartige Verschiedenheit der Resultate, daß zuverlässige Schlüsse daraus nicht möglich sind. Dazu kommt, daß die Anamnese wohl häufig einen Ulcusverdacht, aber selten die sichere Diagnose eines Ulcus gestattet. So kommen wir auch bei dem zweifelhaften Resultat der bisherigen Feststellungsweisen auf den Weg, den wir zu Anfang als den sichersten bezeichneten, nämlich den der Untersuchung, wieviele Magenulcera, die durch eine Laparatomie festgestellt wurden, späterhin Carcinome geworden sind. Ich habe deshalb mein Hauptaugenmerk auf diesen Punkt gerichtet und die vorhandenen Veröffentlichungen über die Dauerresultate der palliativen Operationen bei Magengeschwür (im wesentlichen also der Gastroenterostomie) genau nach verschiedenen Gesichtspunkten untersucht.

Zunächst konnten nur ganze Serien von Ulcusfällen zur Verwendung herangezogen werden, Einzelfälle fielen von vornherein bei dieser statistischen Untersuchung aus.

Von den Statistiken konnte ich nur die berücksichtigen, bei denen in jedem Falle genaue Angaben über Form, Art und Sitz des Geschwüres gemacht waren, denn es kam darauf an, festzustellen, wieviele Carcinome aus einem Ulcus simplex, wieviele aus einem Ulcus callosum und wieviele aus einer Narbe hervorgehen, und wie die verschiedenen Magenteile sich verhalten. Ferner konnte ich nur die Fälle zuverlässig verwerten, die lange genug post operationem beobachtet wurden, d. h. über 2 Jahre. Dadurch reduziert sich der Inhalt der ungeheuren Zahl von Publikationen über Magenulcera ganz bedeutend, und aus den Statistiken, die den aufgestellten Anforderungen genügen, bleibt dann nur eine relativ kleine Zahl von für uns brauchbaren Fällen übrig.

Die einzelnen Arbeiten ergeben nun folgendes in kurzer, tabellarischer Zusammenstellung:

Erklärung: In den einzelnen Feldern sind die Zahlen der für uns brauchbaren Magenulcera der einzelnen Autoren eingetragen, geordnet nach dem Sitze der Affektion (Pylorus, kleine Curvatur oder übriger Magen) und nach der Art der Affektion Narbe (N), Ulcus simplex (u. s.), Ulcus callosum oder callöser Narbe (u. c.).

Fanden sich mehrere einfache Ulcera, so sind sie bei u. s., fanden sich ulc. und Narbe oder mehrere Narben, so sind diese bei N. untergebracht. In der Rubrik „Carcinome" sind alle später aufgeführten Carcinome, auch die nur vermuteten aufgeführt, in „sicher" die operativ oder autoptisch festgestellten, in „fraglich" die nur vermuteten Carcinome und die Fälle bei denen für den Tod ein Carcinom als Ursache überhaupt in Frage kommen kann.

Tabelle I.

Summe aller Fälle mit allen später aufgetretenen Carcinomen.

Autoren	Zahl der Fälle	Pylorus			Kleine Curvatur			Übriger Magen			Carcinome	
		N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u c	N.	u. s.	u. c.	sicher	frag-lich
19 20 Kindl-Schloffer	30	13	—	9	—	—	8	—	—	—	—	4
Hofmann 21	31	16	3	8	1	—	2	—	—	1	—	—
Brenner 22	12	3	—	6	—	—	2	—	—	1	—	—
23 24 Rubritius-Schloffer	36	23	—	7	2	—	4	—	—	—	3	—
Clairmont 25	30	18	—	9	—	—	3	—	—	—	—	5
26 27 Kramer-Petersen	60	42	—	10	4	—	4	—	—	—	7	—
Schulz 28	33	17	—	9	4	2	1	—	—	—	1	1
Graf 29	36	22	—	6	—	—	8	—	—	—	1	—
Mayer 30	22	15	—	1	—	2	1	1	1	1	—	1
Kreuzer 31	35	19	—	8	4	—	4	—	—	—	1	3
Burk 32	36	13	5	9	2	—	5	—	1	1	—	—
Borszecky 33	17	10	—	4	2	—	1	—	—	—	—	—
Albrecht 34	24	17	1	4	2	—	—	—	—	—	1	2
Stich 35	27	8	—	10	2	—	7	—	—	—	—	—
14 Autoren	429	236	9	100	23	4	50	1	2	4	14	16

Tabelle II.

Die früher als 2 Jahre nach der Operation aufgetretenen Carcinome.

Angeführt mit der Nummer der betreffenden Krankengeschichte mit Angabe des Alters des Patienten [in Klammern].

Mit ? versehen sind die nur vermuteten Carcinome.

Autoren	Zahl der Carcinome		Pylorus			Kleine Curvatur			Übriger Magen		
	sicher	fraglich	N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.
Kindl-Schloffer		2			15? [50]						5? [53]
Rubritius-Schloffer	3				19 [44] 3 [53] 8 [55]						
Clairmont		5			217? [26]	120? [44] 77? [30] 211? [53]		186? [45]			
Kramer-Petersen	7		113 [40] 114 [51] 54 [43]		112 51, 117 [41] 118 [56, 120 [45]						
Schulz	1	1	2? [40]					43 [44]			
Kreuzer		2	62? [32]		75? [68]						
6 Autoren	11	10	5		10	3		2			1
Zusammen 21											

Unter 429 Fällen sind sichere Carcinome 11 = 2,5 %, sichere und fragliche 21 = 4,9 %.

Tabelle III.

Summe aller mindestens 2 Jahre lang nach der Operation beobachteten Fälle mit den später als 2 Jahre post operationem aufgetretenen Carcinomen.

Autoren	Zahl der Fälle	Pylorus			Kleine Curvatur			Übriger Magen			Carcinome	
		N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.	sicher	fraglich
Kindl-Schloffer	22	11	—	4	—	—	7	—	—	—	—	2
Hofmann	22	12	2	7	—	—	—	—	—	1	—	—
Brenner	10	3	—	4	—	—	2	—	—	1	—	—
Rubritius-Schloffer	23	16	—	3	1	—	3	—	—	-	—	—
Clairmont	23	12	—	8	—	—	3	—	—	—	—	—
Kramer-Petersen	48	35	—	8	2	—	3	—	—	—	—	—
Schulz	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Graf	24	12	—	5	1	—	6	—	—	—	1	—
Mayer	20	13	—	1	—	2	1	1	1	1	—	1
Kreuzer	20	10	—	5	3	—	2	—	—	—	1	1
Burk	15	5	2	4	—	—	3	—	1	—	—	—
Borszecky	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albrecht	18	13	1	3	1	—	—	—	—	—	1	2
Stich	12	3	—	3	1	—	5	—	-	-	—	—
14 Autoren	264	152	5	55	9	2	35	1	2	3	3	6
											sicher u. fraglich 9	

Tabelle IV.

Die später als 2 Jahre nach der Operation aufgetretenen Carcinome.

Autoren	Zahl der Carcinome		Pyolrus			Kleine Curvatur			Übriger Magen		
	sicher	vielleicht	N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.	N.	u. s.	u. c.
Kindl-Schloffer		2	7? [34]								49? [60]
Mayer		1						24? [28]			
Graf	1			33 [52]							
Kreuzer	1	1			34 [54]	38? [56]					
Albrecht	1	2	25 [41] 27? [39]		30? [64]						
5 Autoren	3	6	3	1	2	1		1			1

Auf **264** länger als 2 Jahre beobachtete Magengeschwüre kamen später sicher 3 Carcinome = 1,1 %, sicher und fraglich 9 Carcinome = 3,4%.

I. Kurze Wiedergabe und kritische Würdigung der Fälle, bei denen später Carcinome auftraten.

Fälle mit sekundärer Krebsentwickelung früher als zwei Jahre nach der Operation:

a) Sichere Fälle: 1—11.

b) Fragliche Fälle: 12—21.

1. Rubritius (Schloffer), Fall 3.

„53jähriger Arbeiter, der seit 1½ Jahren täglich einmal erbricht, und zwar tritt das Erbrechen immer 2—4 Stunden nach der Mahlzeit auf. Seit 3 Wochen erbricht er alles, was er genießt und ist stark abgemagert.

Befund: In der Magengegend tastet man einen derben, höckrigen, nicht genau abgrenzbaren Tumor. Der Magen reicht bei Aufblähung bis 1 Querfinger unter den Nabel. HCl. + Milchsäure. —

24. Mai 1902 Operation. Man konstatiert in der Pylorusgegend und an der kleinen Curvatur einen derben Tumor von ca. 12 cm Länge, der den Pylorus circulär umfaßt und stenosiert. Das Netz ist durch zahlreiche Adhäsionen an der vorderen Bauchwand und an die Därme fixiert, auch die Därme miteinander vielfach adhärent.

Anlegung einer G. E. ast. mit Braunscher Anastomose;

Man konnte den Tumor wohl für ein Carcinom halten, wenn nicht die zahlreichen Adhäsionen für einen entzündlichen Prozeß (Ulcus) gesprochen hätten. Die weitere Nachforschung hat ergeben, daß der Kranke zunächst um 15 kg zunahm, dann trat rapider Kräfteverfall ein, im Juni 1903 wurde an der Klinik ein inoperables Magencarcinom konstatiert. Oktober 1903 erfolgte der Exitus."

Zu diesem Fall bemerkt Rubritius:

„ . . . Es fand sich ein sehr großer, derber Tumor von der kleinen Curvatur übergreifend auf den Pylorus und zahlreiche Adhäsionen. Die Lokalisation des Tumors an der kleinen Curvatur, dieser Prädilektionsstelle für die Bildung von Magengeschwüren, der fehlende Milchsäurebefund, die zahlreichen Adhäsionen, drängten die Annahme auf, daß ein entzündlicher Tumor vorliege. Für Carcinom sprach nur die Derbheit des letzteren. Mit Rücksicht darauf sah man von einer Resektion ab und begnügte sich mit der G. E. Der Patient nahm in der ersten Zeit nach der Operation um 15 kg an Gewicht zu, dann trat rapider Kräfteverfall ein. 1½ Jahr nach der G. E. starb er. Es ist also anzunehmen, daß primär ein Geschwür vorhanden war, das später carcinomatös degenerierte."

Es ist nicht gesagt, daß nur ein Ulcus entzündliche Adhäsionen bedingen kann. Bei Zerfall eines Carcinoms tritt oft sekundär Entzündung mit Abszeßbildung auf und hierdurch können wieder entzündliche Adhäsionen bedingt werden.

Die Anamnese spricht nicht klar für Ulcus. Ebensowenig der Magenchemismus. Es sei denn, daß man eo ipso jedes Carcinom mit freier HCl. für Ulcuscarcinom erklären will. Der Fall verlief innerhalb von 3 Jahren — dies ist etwas länger als durchschnittlich der Magenkrebs zu verlaufen pflegt, aber diese Dauer ist keineswegs etwas Seltenes. Man sieht keinen zwingenden Grund, anzunehmen, daß hier ein Ulcus carcinomatös degenerierte.

2. Rubritius (Schloffer), Fall 8.

„Bergmann, 55jährig. Seit August 1905 fühlt er sich krank. Es bestehen Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen. In der letzten Zeit erbrach er jeden Abend. Es konnte nur konstatiert werden, daß die ganze Magengegend auf Druck sehr empfindlich sei, ein Tumor wurde nicht getastet. 13. November 1906. Laparatomie. Im Bereiche des Pylorus tastet man eine etwa fünfkronenstückgroße, ziemlich harte Geschwulst, die in ihrer Mitte eine Delle trägt.

G. E. ast. mit Braunscher Anastomnose.

Der Patient nahm zunächst 25 kg an Gewicht zu. Die Magenschmerzen kamen aber wieder, später trat auch Abmagerung auf. 25. April 1908 stellt er sich wieder in der Klinik ein. Er war blaß, kachektisch, abgemagert. Dem Fundus des Magens entsprechend tastet man eine derbe, handtellergroße, gegen das linke Hypochondrium reichende Resistenz. Magen nicht vergößert, HCl. —, Milchsäure +. Bei der am 9. April 1908 vorgenommenen Probelaparotomie findet man vom Fundus bis in die Cardia reichend einen unverschieblichen harten Tumor . . . 10 Wochen später starb Patient."

Rubritius bemerkt hierzu:

„Es lag bei diesem Fall zur Zeit der ersten Operation sicher ein Geschwür vor. Darüber war man garnicht im Zweifel. Die 1½ Jahre später vorgenommene Propelaparotomie stellte fest, daß beinahe der ganze Magen von einem derben, auch schon mit der Umgebung verwachsenen Tumor eingenommen sei. Also auch in diesem Falle liegt sicherlich Carcinomentwickelung auf Grundlage eines Ulcus vor."

Daß es sich bei dem Tumor um ein Carcinom handelt, muß bei dem klinischen Befunde der Nachuntersuchung sicher angenommen werden. Eine andere Frage aber ist, ob dies Carcinom nicht schon zur Zeit der ersten Laparotomie bestand. Ich möchte letzteres annehmen. Die zuerst getastete, mit einer Delle versehene Geschwulst kann sehr gut ein ulceriertes Carcinom gewesen sein. Die Anamnese spricht nicht besonders für Ulcus.

3. Rubritius (Schloffer), Fall 19.

„44jähriger Patient, aufgenommen am 11. September 1905. Seit zwei Jahren Erbrechen nach jeder Mahlzeit, öfters auch Blutbrechen, auch im Stuhl war Blut nachzuweisen. Es bestand hochgradige Abmagerung — HCl. +, Milchsäure +. Die Laparotomie stellte einen wallnußgroßen, entzündlichen Tumor fest, der mit der Umgebung innig verwachsen ist und der hinteren Wand des Pylorus angehört, diesen verengernd.

G. E. Am 13. Januar 1906 teilte der behandelnde Arzt mit, daß es dem Kranken bis zum 30. November 1905 sehr gut gegangen sei. An diesem Tage trat plötzlich beim Heben eines Bahnwagens starkes Blutbrechen

auf; seitdem erbrach er alles und starb am 12. Januar 1906. Die Sektion ergab: Magen enorm ausgedehnt, der Pylorus hart, starrwandig, zirkulär von Ca. eingenommen. Mesenterialdrüsen hart infiltriert."

Rubritius sagt dazu:

„In diesem Falle ist in der Krankengeschichte von einem entzündlichen Tumor die Rede, der in der hinteren Wand des Pylorus saß, von infiltrierten Drüsen ist nichts erwähnt. Wenn also in dem Sektionsberichte des behandelnden Arztes von einem den Pylorus zirkulär einnehmenden Ca. und von harten Mesenterialdrüsen Erwähnung getan wird, so muß man daraus den Schluß ziehen, daß in der kurzen Zeit von 3½ Monaten der Tumor gewachsen sei, indem er früher nur in der hinteren Wand saß, dann aber zirkulär den Pylorus substituierte. Dieser Umstand zusammen mit dem Sektionsbefunde bezüglich der Mesenterialdrüsen drängen die Annahme auf, daß entweder von vornherein Carcinom vorhanden war, oder aber, daß Ca. auf dem Boden eines Ulcus aufgetreten sei.

Das Ulcus, das schon drei Jahre Erscheinungen machte, kann ja zur Zeit der Operation in kleinen Teilen carcinomatös entartet gewesen sein und noch immer dem Auge und der palpierenden Hand als Ulcus imponiert haben."

Daß schon bei der Operation ein Carcinom vorlag, muß als sicher hier angenommen werden. Schon zwei Monate p. op. kam der Kranke ad exitum mit einem zirkulären Pyloruskrebs. Die Anamnese spricht wegen des Blutbrechens vielleicht für Ulcus, aber auch nach der Operation wurde bei bestehendem Carcinom Blut erbrochen.

4. Kramer (Petersen) (Nach Mündler 18 p. 341) Fall 113. (P. M. 59, M. p. 341, Fall 18).

„Abgemagerte, anämische Frau, 40 Jahre alt, seit 1 Jahr Schmerzen, Erbrechen.

In der Pylorusgegend fühlt man eine tumorartige Resistenz . . . Mit der Magensonde läßt sich über 1 Liter dünnflüßige, kaffeesatzähnliche Masse auspressen.

Reaktion stark sauer, reichlich freie Salzsäure. Klinische Diagnose: Pylorus stenose durch Ulcus ventr. und Perigastritis, sekundäre Gastrektasie, vielleicht carcinomatöse Degeneration. Operaton am 2. Juli 1894. An dem vorgezogenen Pylorus zeigt sich eine etwa fünfmarkstückgroße flache Härte, über die die Serosa weißlich verfärbt und narbig eingezogen erscheint. Die Härte greift mit schmalem Fortsatz auf die kleine Curvatur über, die Lymphdrüsen der Pylorusgegend sind nicht erheblich geschwollen, es läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob es sich um ein einfaches Ulcus ventr. handelt, oder ob beginnende Carcinomentwickelung vorhanden ist. Wegen der bestehenden Pylorusstenose wird die G. E. gemacht; gestorben nach 1¼ Jahr an Carcinom" (Petersen-Machol).

Hier wird das Carcinom bereits bei der Operation vorhanden gewesen sein, zumal auch der Operateur Verdacht auf Krebs gehabt hat.

5. Kramer, Fall 114.

(Petersen Machol 60 — Steudel p. 27, Fall 1).

„Mittelgroßer, stark abgemagerter Mann, seit 20 Jahren Magenbeschwerden, seit 1 Jahr Erbrechen, mehrmals auch Blut. Im Magensaft keine freie HCl., reichlich Milchsäure.

Bei leerem Magen steht die große Curvatur noch 2½ Querfinger unter Nabelhöhe, man fühlt dann links und oben vom Nabel eine auf Druck etwas empfindliche, derbe umschriebene Resistenz, die bei Aufblähung des Magens in die Tiefe rückt und sich der Palpation entzieht. Klinische Diagnose: Enorme Dilatation des Magens infolge Verengerung des Pylorus, bedingt durch Narbenbildung nach Ulcus. Entwickelung eines Ca. auf der Narbe wahrscheinlich.

Pyloroplastik am 6. Juli 1895.

Operationsbefund: Pylorus hinaufgezogen und durch ringförmige Narbe markiert. Von ihm zieht eine derbe Infiltration längs der kleinen Curvatur nach links.

Starb am 15. März 1897 an Carcinom (P. und Machol)."

Dieser Fall könnte wohl als Ulcus ca. gedeutet werden, wenn man auf die lange Vorgeschichte Wert legt.

6. Kramer, Fall 112. (P. M. 58, M. p. 328, Fall 11).

M. G. 51 Jahre alt. Kleine Frau, von nicht kachektischem Aussehen . . . Seit 4 Monaten starke Magenbeschwerden. Starke Abmagerung. Wenig HCl., Milchsäure + G. E. p. 25. Juni 1900. Befund: Pylorus stark fixiert, zeigt hühnereigroßen, derben kleinhöckrigen Tumor, nach oben in die Gallenblase sich fortsetzend und fest mit der Leber verwachsen. † nach 1¾ Jahren an Carcinom (P. M.)"

Auch hier war vor und bei der Operation der Verdacht auf Krebs laut geworden, ein Verdacht, der sich durch den klinischen Verlauf bestätigt hat! Für Ulcus-Carcinom spricht nichts.

7. Kramer, Fall 117 (P. M. 63 = Fall 30).

„L. K., 41 Jahre, seit 5 Jahren periodisch Erbrechen, 1 mal Blut — HCl. — Milchsäure? Am Pylorus zirkuläre harte, etwas höckrige Schwellung, deren gutartige Natur zweifelhaft ist. — Am 4. September 1900 † an Carcinoma ventriculi."

Nach Anamnese besteht die Möglichkeit eines Ulcusca, sicher war das Carcinom bereits bei der Operation vorhanden.

8. Kramer (Petersen), Fall 118 (P. M. 65 — Fall 32).

„Chr. E., 56 Jahre. Seit 5 Jahren Schmerzen, Magenblutung. HCl. + — G. E. 10. November 1899. Am Pylorus derber, ringförmiger Tumor, der keinen malignen Eindruck macht."

13. Dez. 1900. Carcinom festgestellt. Inoperabel (P. M).

„Wahrscheinlich wird das Ca. schon ursprünglich dagewesen sein. Die Möglichkeit des Ulcusca liegt vor. Ob späterhin überhaupt ein Carcinom auftrat, ist im Fall 116 so fraglich, daß er überhaupt nicht verwertet werden kann. — Kramer hält die in den angegebenen Fällen entstandenen Carcinome für Ulcuscarcinome, hervorgegangen aus einer Ulcusnarbe oder einem Ulcustumor."

Nach unserem Dafürhalten war bei allen schon bei der Operation ein Carcinom vorhanden, wenigstens mit großer Wahrscheinlichkeit, so daß eigentlich alle Fälle von Kramer für die Betrachtung: bioptisch beobachtetes Ulcus, späteres Carcinom wegfallen. Dagegen ist bei 4 Fällen die lange Anamnese ein Hinweis, daß vor der Operation des Carcinoms wohl längere Zeit ein Magenulcus bestanden hat, daß es sich also sehr wohl um Ulcuscarcinom im Sinne Kramers gehandelt haben kann.

9. Kramer, Fall 54.

„ K. K., 43 Jahre, seit 7 Jahren magenleidend, viel Erbrechen, starke Retention, HCl. + + 26. September 1900 G. E. wegen starrer Pylorusnarbe. 27. November 1901 Wiederaufnahme.

Seit September 1901 heftige Schmerzanfälle. Tumor in der Gallenblasengegend. Operation ergibt einen malignen Tumor, dessen Sitz vorwiegend die Pars horizontalis duodeni war. † am 22. Juli 1901."

Auch hier lag wohl schon bei der Operation ein Carcinom vor, während die lange Anamnese darauf hindeutet, daß dieses Carcinom auf dem Boden eines Ulcus entstand.

10. Kramer, Fall 120.

„E. Ö., 45jährige Frau. Seit 2 Jahren Magenbeschwerden . . . 50 Pfund Gewichtsabnahme. Befund: Walzenförmiger, kleinhühnereigroßer Tumor. HCl. im Magensaft + + 25. Juni 1901. G. E. Befund: Ringförmiger Tumor der Pars pylorica, ca. 4 cm lang und hoch, von glattem Peritoneum überzogen. Nirgends Einziehung, nirgends Knötchen. Mikroskopische Untersuchung einer excidierten Drüse ergibt kein Carcinom. Ärztlicher Bericht vom 18. November 1905: Von November 1902 ab enorm rasches Wachstum des Tumors. Durchbruch des Carcinoms nach den äußeren Bauchdecken. † Ende Januar 1903."

Für einen primären Krebs sprechen die starke Gewichtsabnahme vor der Operation (50 Pfd.), der Operationsbefund und namentlich das rasche, voroperative Wachstum des Tumors, Tatsachen, dengegenüber die ante operative Krankheitsdauer von 2 Jahren die Diagnose Ulcuscarcinom nicht zu stützen vermag.

11. Schulz, Fall 43.

„E. H., 44 Jahre. Vor 6 Jahren entstanden Ulcusbeschwerden, die allmählich an Intensität und Häufigkeit zunahmen. Oft Erbrechen, nie mit Blut gemengt, dagegen reichliche teerschwarze Stühle — kein Tumor.

Operation am 10. Februar 1905. An der kleinen Curvatur in der Nähe des Pylorus ein kreuzergroßes callöses Ulcus. Magen dilatiert, keine Drüsen. G. E. r. p.

28. Februar 1905 geheilt entlassen.

Am 19. Januar 1906 ist Patient unter neuerlich einsetzenden Magenbeschwerden an einer inneren Station gestorben. Obduktion: Medulläres, diffus infiltrierendes Magencarcinom auf Basis einer Ulcusnarbe mit mäßiger Stenosierung des Pylorus, Lebermetastasen, Embolie einer Pulmonalarterie."

Die Anamnese spricht für ein Ulcus, der Operationsbefund zusammen mit dem Exitus nach 11 Monaten für ein ulceriertes Carcinom, das unter Berücksichtigung der Anamnese vielleicht ein Ulcuscarcinom war.

Es gilt also dasselbe wie für die Kramerschen Fälle.

Schulz selbst sagt:

„In zwei der beobachteten Fälle konnte man bei der Operation allerdings nicht ganz den Verdacht zurückweisen, daß es sich doch um ein Carc. handeln könnte, beidemal wurde trotzdem von einer Resektion Abstand genommen, das eine Mal, da das Individuum zu schwach zu sein schien, um einen derartigen Eingriff zu überstehen, das andere Mal wegen zu starken Adhäsionen. Beide Patienten wurden in gutem Ernährungszustand entlassen. In dem einen Fall, der ca. 8 Monate nach der Operation starb, könnte nur eruiert werden, daß der Patient an einem Magenleiden starb, im andern Fall, der 11 Monate nach der Operation verschied, wurde bei der Autopsie ein auf Grund einer Ulcusnarbe entstandenes Carcinom sichergestellt."

„Trotzdem es sich hier um ein Carcinom handelt, muß man doch diese aus Geschwüren und Narben entstehenden Krebse, obwohl sie die Statistik verschlechtern, mitzählen, wenn unsere Zahlen praktische Bedeutung haben sollen."

12. Kindl (Schloffer), Fall 15.

(c. f. Rubritius Fall 14).

„S. Alois, 50 Jahre. Seit vielen Jahren magenleidend. Verschlimmerung in den letzten 2 Jahren. Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Druck, kein Erbrechen, Abmagerung. Glatte Resistenz. Dilatation bis zum Nabel. HCl. —, Milchsäure + Tumor tastbar — 10. Juli 1903 G. E. r. p. (Naht). Entzündliche Verengerung des Pylorus und Adhäsionen. Verlauf glatt. — 5 Monate später gestorben unter großen Schmerzen. (Nach Mitteilung der Angehörigen)."

Falls der Patient wirklich an Magenkrebs gestorben ist, was nach Kindl und auch nach Rubritius nicht sicher feststeht, so bestand dieser schon zur Zeit der Operation.

Aber es ist vollkommen unentschieden

1. Ob der Kranke an Magenkrebs gestorben ist. Es liegt nur die Mitteilung der Angehörigen vor, daß er unter großen Schmerzen starb.

2. Wenn es ein Carcinom war, an dem er starb, so ist durch nichts bewiesen, daß dieses auf Ulcusboden gewachsen ist. Die Anamnese ist gar nicht in dieser Richtung zu verwerten. Der Fall darf unter den Ulcuscarcinomen nicht mitzählen.

13. Kindl, Fall 51.

„53jähriger Mann. 24. Mai 1902. G. E. 12 cm langer, derber Magentumor. Zuerst 15 kg zugenommen; dann Verfall. † nach $1^1/_2$ Jahren an Inanition, sichere Todesursache unbekannt.

Nach Kindl kann es ein Ca. sein. Wir sind derselben Ansicht, aber dann besteht das Carcinom schon bei der Operation.

14. Clairmont, Fall 211 (p. 206).

„31. Mai 1902. 53jähriger Mann. Seit 3 Jahren Magenschmerzen nach den Mahlzeiten, die im Herbst 1900 besonders heftig und krampfartig wurden. Vor 1 Jahr zweimaliges Blutbrechen. Nach 3 Wochen Spitalbehandlung. Besserung. Im Dezember 1901 abermals Erbrechen, auch Blut in großen Mengen.

Zweiter Krankenhausaufenthalt: Gewichtszunahme um 8 kg. Seit 8 Tagen wieder heftige Magenschmerzen. Erbrechen von kaffeesatzartigen schwarzen Massen.

Magengegend druckempfindlich, nichts Abnormes, palpabel. Ausheberung unterbleibt.

5. Juni 1902. G. E. r. p. Naht, Äther. An der kleinen Curv. des Magens, näher dem Pylorus als der Cardia ein etwa guldengroßes, derbes Infiltrat, in dessen Zentrum bei Palpation der Geschwürskrater zu tasten ist.

Im November 1902 ohne Beschwerden. Gewichtszunahme 14 kg. Januar 1904 vollständiges Rezidiv der Beschwerden. Im Epigastrium eine grobhöckrige harte Resistenz. Patient sieht anaem. und kachektisch aus (Carcinom?).“

Wahrscheinlich war aber das operativ gefundene Infiltrat mit dem Krater darin bereits ein kleines ulceriertes Carcinom. Die Anamnese und der Verlauf sprechen für ein Ulcuscarcinom.

15. Clairmont, Fall 186 (p. 205).

„Juli 1904. 45jähriger Mann. 30 Juli 1901. G. E. r. p. mit Naht. An der kleinen Curv. aufsitzend hartes Geschwür. Heilung. Bericht vom 10. Oktober 1902. Wohlbefinden, Gewichtszunahme von 6 kg. Im Juni 1903 stellten sich abermals Beschwerden und Haematemesis ein. Die objektive Untersuchung ergibt: Schwere Anaemie, schwarze Stühle. Geringe Schmerzen in der Magengegend. Daselbst Druckempfindlichkeit und ein apfelgroßer Tumor zu tasten. Motor. Funktion des Magens normal. Verdacht auf Carcinom. Palliative und diätische Behandlung.“

Ob der bei der Nachuntersuchung gefundene Tumor wirklich Ca. ist oder nur ein Ulcustumor, hervorgegangen aus dem operativ festgestellten Ulcus callosum, ist schwer zu sagen. Der Fall ist nicht sicher zu verwerten. Die Anamnese fehlt leider.

16. Clairmont, Fall 120.

„44jähriger Mann. Seit 1½ Jahren Magenbeschwerden. Anfangs nur Druckgefühl nach den Mahlzeiten. Später zunehmende Beschwerden, heftige Schmerzen in der Magengegend und der entsprechenden Stelle des Rückens, kein Erbrechen. Das Epigastrium druckempfindlich, besonders ein Punkt in der Mitte zwischen Processus xiphoides und Nabel. HCl+, Ges.-Ac. 47, weder Hefe noch Sarcine, Fleischl. 57 p. Ct.

22. Juli 1899. Gastroenterostomia retroc. p. Naht. B. M. An der kleinen Curvatur des Magens eine etwa talergroße, weißl. Platte, die auf chron. entzündl. Veränderungen der Magenwand, bedingt durch ein Ulcus, zurückgeführt wird.

Heilung p. p. s. r.

Nach Angabe seiner Frau am 23. Oktober 1900 infolge seines Magenleidens gestorben. Bis zum Tode weder Erbrechen noch Aufstoßen, wohl aber Gefühl von Völle und Magenschmerzen nach der Mahlzeit.“

Es ist nicht einwandfrei erwiesen, ob die bei der Operation gefundene weißliche Platte an der kleinen Curvatur wirklich infolge eines Ulcus entstanden ist, oder ob sie bereits Carcinom enthielt. Wenn der Patient an Carcinom gestorben

ist, was garnicht sicher feststeht, so muß dieses schon zur Zeit der Operation bestanden haben. Der Fall gehört somit in die Reihe der fraglichen Carcinomfälle.

17. Clairmont, Fall 217.

„26jährige Frau. Seit 6 Jahren Erbrechen, das in den letzten Jahren stärker wurde, seit gestern Blutbrechen.

Ulcus oder Ca. ventriculi?

Im linken Hypochondrium ein faustgroßer derber Tumor zu fühlen, sehr beweglich, leicht verschieblich, bei Betasten druckempfindlich, HCl. positiv, Milchsäure negativ. Reichlich Blut im Stuhl.

19. Juli 1902 Pylorusausschaltung.

G. E. r. p. Naht. B. M. Der etwas dilatierte Magen trägt am Pylorus einen harten, über kleinapfelgroßen Tumor, welcher das Lumen fast vollkommen obturiert. Im Mesocolon eine ca. haselnußgroße, im Zentrum nabelartig eingezogene Drüse sichtbar. Am Leberrand mehrere weißliche Knoten zu sehen. Eine kleine, harte Drüse aus dem Mesenterium wird zur histolog. Untersuchung extirpiert. Verlauf ohne Besonderheit. Gazestreifen zur Magennaht. Die mikroskopische Untersuchung der Lymphdrüse ergibt chron. Entzündung.

Nach der Operation kein Blutbrechen, kein blutiger Stuhl mehr. Heilung p. p. s. r. Nur entsprechend dem eingelegten Streifen besteht eine Fistel, welche ein sauer riechendes, Congopapier bläuendes Sekret entleert. Patient wird mit zwei feinsten Fistelöffnungen, aus welchen etwas Magensaft abfließt, entlassen. Gewicht a. op. 52,6 kg; p. op. 52 kg. Im Mai 1903 (10 Monate nach der Ausschaltung) nach langwierigen Magenschmerzen unter Symptomen von Magenblutung gestorben."

Dasselbe, was für Fall 120 gesagt ist, gilt auch für den vorliegenden Fall.

18. Clairmont, Fall 77.

„30jährige Frau. Seit 3 Jahren Magenschmerzen, hauptsächlich nach dem Essen. Im letzten Jahre öfters Erbrechen.

Vor neun Monaten Blutbrechen und teerfarbener Stuhl. Seit 3 Wochen fühlt sie einen schmerzhaften Knoten im Epigastr. Rechts unter dem Rippenbogen fühlt man einen ca. hühnereigroßen, harten, auf Druck schmerzhaften Tumor. Retention. Dilatation. Freie Salzsäure, keine charakteristischen Bazillen.

29. Oktober 1898. Gastroenterostom. retrocol. post. Naht. B. M. Adhäsionen zwischen vorderer Magenwand und Bauchwand. An der kleinen Curvatur vor dem verengten Pylorus ist die Serosa in der Ausdehnung eines Guldens lichtgrau verfärbt und hart. Heilung p. p. s. r. Gewicht stationär. 3 Monate nach der Operation befand sich Patient wohl.

Ca. 7 Monate später wegen Recidivs Jejunostomie, welche die Patientin 5 Monate überlebte."

Clairmont bemerkt zu diesem Falle:

„Im Fall 77 kam es wegen Recidivs der Beschwerden 7 Monate nach der Gastroenterost zur Jejunostomie, welche die Patientin 5 Monate überlebte.

Es mag sich in diesem Falle vielleicht schon zur Zeit der ersten Operation um ein Carcinom gehandelt haben."

Auch wir schließen uns seiner Ansicht an, wenngleich die Anamnese eher für Ulcus, der Operationsbefund aber nicht eindeutig für Carcinom sprechen. Also ein durchaus fraglicher Fall, der nur der Vollständgikeit halber hier angeführt ist.

19. Schulz, Fall 2.

„H. K., 40 Jahre. Aufgenommen am 28. Dezember 1903. Seit 3 Monaten leidet Patient an Erbrechen, meist 1/4 Stunde nach dem Essen. Reichlich Schleim. Keine Spontanschmerzen. Abmagerung um 20 kg in 3 Monaten . . . HCl. —, Milchsäure +.

30. Dezember 1903. Operation. Mächtig entwickelte Narbe am Pylorus, die das Lumen desselben fast völlig verschließt. Sehnig glänzendes Narbengewebe, zahlreiche perigastrische Adhäsionen, die den Pylorus zur Porta hepatis ziehen und mit Dünndarmschlingen verlöten. Kein Anhaltspunkt für Carc., keine Drüsen.

16. Januar 1904. G. E. r. p. Nach afebrilem Verlauf geheilt entlassen.

10. August 1904. Gestorben an einem Magenleiden (Ca?)."

Anamnese und kurze Lebensdauer könnten an primäres Carcinom denken lassen, doch der Operationsbefund spricht nicht gerade dafür, aber auch nicht dagegen, vielleicht ist es bloß ein Ulcus, vielleicht ein Carcinom, dann aber sicher ein primäres, bestimmt ein Ulcuscarcinom, für unsere Statistik jedenfalls ein fraglicher Fall!

20. Kreuzer, Fall 62.

„32 Jahre alter Mann, 4 Jahre lang magenleidend, (Schmerzen und Erbrechen). Befund: Pylorusstenose mit freier Salzsäure.

Operation am 30. Dezember 1902. Am Pylorus eine harte, langitudinale Leiste entsprechend der großen Curvatur (anscheinend Induration post ulcus), Pylorus eng mit Adhäsionen. Bericht vom 2. Oktober 1904: Seit 2 Jahren (also seit der Operation) Befinden schlecht, starke Magenschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, 7 1/2 kg Gewichtsabnahme. In Nabelgegend Abszeßbildung mit Perforation nach außen: Carcinom mit Perforation nach außen (?)."

Nach der Krankengeschichte ist es nicht sicher, wenn auch wahrscheinlich, daß es sich um ein späteres Carcinom handelt.

Der operative Befund spricht nicht gegen primäres Carcinom, allerdings auch nicht besonders dafür; klinisch kann es bei dem Verlauf schon primär ein Carcinom gewesen sein.

21. Kreuzer, Fall 75.

„68jähriger Mann, 4½ Jahr magenleidend, Befund: Retention, HCl. +, Milchsäure +, Hefe G. A. 72. G. E. am 5. März 1904. Am Pylorus eine wallnußgroße, derbe Verdickung mit narbigen Zügen. † nach 5 Monaten am 13. August 1904 an Magenbeschwerden."

Carcinom fraglich. Wenn es sich hier um Carcinom handelt, so hat dieses sicher schon bei der Operation bestanden.

II. Fälle mit sekundärer Krebsentwickelung später als zwei Jahre nach der Operation.

a) Sichere Fälle: 1—3
b) Fragliche Fälle: 4—9.

1. Graf, Fall 33.

„52jähriger Mann, G. E. im Juni 1902 wegen ulcus pylori. Am 23. Mai 1906 gutes Befinden — kein Erbrechen. — Später immer deutlicher motor. Störungen. Motor. Insuff. und Abmagerung. Am 7. Januar 1907 Relaparotomie. Großer Magen, läßt sich schwer vorziehen.

An der Serosaseite der Anastomose sieht und fühlt man einen derben, harten Wulst. An der Magenserosa kleine, flache, weiße Knötchen. Anastomose noch für den Zeigefinger knapp durchgängig. An der dem Pylorus zugekehrten Seite der Anastomose wird ein zerklüftetes Ulcus gefühlt (von einem vorderen Schnitt aus wurde das Mageninnere abgetastet). Pylorus sehr derb und narbig ohne Tumor. Excision einer Drüse, die mikroskopisch Ca. enthält."

Der Fall ist ziemlich eindeutig: Es hat sich ein sekundäres Ca. gebildet, in Ulceration begriffen; freilich ist es kein Ulcus-carcinom, da es sich an anderer Stelle als das Ulcus pylori entwickelte.

2. Kreuzer, Fall 34.

„54jähriger Mann, seit 20 Jahren Magenbeschwerden. G. E. am 20. Februar 1901. Magen mäßig dilatiert; an der kleinen Curvatur, etwa 1 cm vom Pylorus entfernt, eine fünfmarkstückgroße narbige Induration, die auf der Serosa weißliche Streifen zeigt. Im großen Netz mehrere bohnengroße Drüsen. An der Hinterwand des Magens, gegen den Pylorus hin,

eine Reihe strangförmiger Verwachsungen. Ob Carc. oder Ulcus vorlag, konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden. Am 7. September 1904 starb Patient an Ca. ventr., das im Epigastrium nach außen perforierte."

Zweifelloser Fall einer sekundären Carcinomentwickelung.

3. Albrecht, Fall 25.

„41jähriger Mann, magenleidend seit 11 Jahren; Schmerzen, Erbrechen, Abmagerung — G. E. ant. mit Enteroanastomose am 21. Mai 1901: Pylorusnarbe. 6. Dezember 1901. Zweite Laparotomie wegen neuer Schmerzen. Verwachsungen des Magens mit vorderer Bauchwand. Probeexcision: kein Carcinom. Bald wieder Schmerzen, Bildung eines Tumors mit äußerer Fistel, deshalb 18. August 1906 3. Operation:

Resektion des ganzen Tumors, der aus einem Jejunumulcus besteht mit entsprechenden Verwachsungen.

Mikroskopische Diagnose: Adenocarcinom. Patient lebt noch im Jahre 1910."

Zweifelloser Fall einer Carcinomentwickelung nach früherem Ulcus; aber es handelt sich um ein Carcinom an der Stelle der Gastroenterostomie, nicht im alten Ulcus, also um kein Ulcuscarcinom im engeren Sinne.

4. Kindl (Schloffer), Fall 7.

„34jähriger Mann. 26. Juli 1901 G. E. mit Enteroanastomose. Vordere und hintere Pyloruswand schwartig verdickt.

1908: Beschwerdenlos bis vor 3 Monaten, seitdem sehr schmerzhafte Geschwulst, Patient kann nur Flüssiges essen, Erbrechen."

Kindl selbst hält den Fall für ein Ulcus Recidiv, wir schließen uns seiner Auffassung bei und führen ihn nur an wegen der entfernten Möglichkeit eines Carcinoms.

5. Kindl, Fall 49.

(Schloffer Nr. 8, Rubritius S. 237).

„60jähriger Mann. 5. August 1901. G. E. wegen Ulcus der hinteren Magenwandung des Pylorus. † November 1907 an Magenkrankheit, nachdem er von der Operation her bis 2 Monate vor dem Tode völlig gesund gewesen war."

Die Art des tödlichen Magenleidens ist völlig fraglich.

6. Mayer, Fall 24.

„28jähriger Mann, 3 Jahre magenleidend, HCl. —, Blut + Sarcine +.

5. Juli 1902. G. E. r. p. Talergroßer Tumor der kleinen Curvatur; zwei Netzdrüsen ohne Carcinom.

7. Januar 1906. Exitus an unbekannter Ursache."

Wahrscheinlich hat es sich nicht um Carcinom gehandelt, wenn auch als Todesursache ein Magencarcinom, das sich dann sekundär entwickelt haben müßte, natürlich nicht auszuschließen ist.

7. Kreuzer, Fall 38.

„56jähriger Patient, 10 Jahre magenleidend, Befund: motor. Insuffizienz, Dilatation, reichlich freie Salzsäure.

20. März 1901: G. E. Zweimarkstückgroße Narbe der kleinen Curvatur.

Am 29. März 1905 (4 Jahre nach der Operation) Nachuntersuchung: Seit 1 Monat stechende Schmerzen links im Abdomen. Brechreiz nach dem Essen, Patient hat das Gefühl, als ob der Magen nicht richtig arbeite.

Ernährung gut, keine freie HCl. Lange Bazillen. Im Epigastrium unterhalb des proc. ensiformis druckempfindliche Resistenz. Beschwerdenfrei bis vor 1 Monat (Ca?)."

Ob es sich um ein sekundäres Ca. handelt, ist höchst unsicher. Fraglicher Fall.

8. Albrecht, Fall 27.

„39jähriger Mann, $^3/_4$ Jahr magenkrank, Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen von Blut und Schleim — 27. Januar 1902. G. E. ant. mit Enteroanastomose: Harte Pylorusnarbe. Nach ärztlichem Bericht † am 4. April 1904 an Magenkrebs. Näheres war nicht zu erfahren."

Ein sicheres und zuverlässiges Urteil ist nicht möglich.

9. Albrecht, Fall 30.

„64jähriger Mann, Magenbeschwerden seit 7 Jahren, Druck, Gewichtsabnahme. Klinisch: Ectasie, HCl. +, Milchsäure 0. G. E. am 25. Mai 1903. Die Magenwand der pylorischen und praepylorischen Gegend erscheint infiltriert und zum Teil erheblich verdickt. Die Serosa der kleinen und einer Stelle der großen Curvatur zeigt hirsekorngroße Prominenzen. Das Mesokolon ist an die Hinterfläche des Magens herangezogen und mit derselben breit verwachsen; die hintere Magenwand ist ferner auch mit Leber und Pancreas verlötet. Die Magenwand ist nicht verdünnt. Der ganze Befund erweckt den Verdacht maligner Degeneration eines lange schon bestehenden Ulcus. Eine Resektion war bei den Verwachsungen unausführbar. Späterer Verlauf: Ärztlicher Bericht:
Im Herbst 1904 sollen Spuren einer Neubildung aufgetreten sein. Abmagerung, kopiöses Erbrechen. Bald großer Tumor in der Magengegend. Exitus am 18. Juli 1905. Sektion verweigert.

Der über zwei Jahre lange Verlauf nach der Operation spricht nicht sehr für die Auffassung des Operateurs, daß bei

der Operation ein Ulcuscarcinom vorlag. Ob die Todesursache ein Carcinom oder eine Ulcus-Komplikation war, ist auch fraglich mangels einer Sektion. Der Fall ist deshalb für eine zuverlässige Statistik nicht verwertbar.

Aus meiner Statistik ergibt sich, daß unter 429 Fällen 14 mal (3,3%) sicher, 30 mal (6,9%) vielleicht ein Ulcuscarcinom entstanden ist. Nach unserer Ansicht müssen jedoch alle Fälle ausscheiden, bei denen die Beobachtungsdauer kürzer als zwei Jahre ist, da diejenigen Patienten, die in den ersten zwei Jahren nach der Operation an Carcinom starben, dieses Carcinom ebensogut schon zur Zeit der Operation gehabt haben konnten. So kommen wir dazu, daß unter 264 über zwei Jahre beobachteten Fällen sicher 3 = 1,1%, im Höchstfalle 9 = 3,4% Carcinome geworden sind (s. Anmerkung).

Man kann also nach diesen Statistiken nicht sagen, daß irgend eine Region des Magens besonders zum Ulcuscarcinom

---

Anmerkung: In den Fällen Graf und Albrecht hat sich das sekundäre Carcinom an anderer Stelle, als an der des alten Ulcus resp. der Ulcusnarbe entwickelt, wir finden demnach unter 264 Fällen nur ein sicheres Ulcuscarcinom, also eigentlich nur 0,4%. Diese Zahl entspricht etwa der von Bamberger 40 gefundenen Prozentzahl und ist ähnlich den von Petrén 36 (unt. 161 — 5 = ca. 4%) und Busch 37 (unt. 76 — 2 = 2,6%). Die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms bei gastroenterostomierten Fällen ist also nicht viel größer, als die Häufigkeit des Magencarcinoms überhaupt in den entsprechenden Jahren ist. Ob man nun auch sagt, daß die Gastroenterostomie das Ulcus heile und so den Übergang zum Ulcuscarcinom verhindere, oder ob man einfach sagt, das Ulcuscarcinom ist nicht sehr häufig, jedenfalls kann die Gefahr der carcinomatösen Entartung des Ulcus an sich nicht die Indikation zur Ulcusresektion abgeben. Natürlich gibt es callöse Ulcera, bei denen man weder nach der klinischen Voruntersuchung, noch nach dem operativen Befund (Payr 38 sind ja unter 30 Fällen in 26%, Küttner 39 unter 30 Fällen in 43% Fehldiagnosen passiert) entscheiden kann, ob es sich um ein Ulcus oder ein Carcinom handelt. Hier wird man natürlich nach Möglichkeit die Resektion ausführen, wenn es der lokale und allgemeine Befund erlauben.

Noch über einen zweiten Punkt gibt meine Statistik Aufschluß:

Die sicheren Carcinome entstanden alle bei Pyloruserkrankungen und zwar kommt hier auf 55 ulcera callosa 1 und auf 152 Pylorusnarben ebenfalls 1 Carcinom, während der Fall Graf's wohl bei einem Ulcus simplex, aber nicht auf seinem Boden entstanden ist.

disponiere, noch daß auf dem Boden eines Ulcus callosum häufiger ein Carcinom entstehe als auf dem Boden einer Narbe.

Mit dieser Zusammenstellung soll nun nicht gesagt werden, daß ein Magencarcinom auf dem Boden einer ulcerösen Magenerkrankung nicht leichter entstehe als ohne eine solche. Denn nach Analogie mancher Hautcarcinome ist es ja eher wahrscheinlich, daß ein chronisches Ulcus dem Carcinom den Boden bereite, wo nun auch das Ulcus sitzen mag.

Aber jedenfalls ergibt diese Zusammenstellung, daß die Häufigkeit des Ulcuscarcinoms doch nicht eine so große ist, wie es in den letzten Jahren wiederholt dargesetllt wurde, und daß daher die Gefahr der carcinomatösen Umwandlung nicht entscheidend sein kann für die Frage, ob ein Magenulcus exstirpiert, oder ob bei einem solchen eine Gastroenterostomie gemacht werden soll, die dann durch die Änderung der chemischen und mechanischen Magenverhältnisse die Heilung des Ulcus herbeiführen soll.

Literaturnachweis.

1. Borst. „Die Lehre von den Geschwülsten.“ 1902. II. S. 759.
2. Haberfeld. „Zur Statistik und Ätiologie des Carcinoms des Magens.“ Zentralbl. für Chir. 1909. S. 399.
3. S. Hayem. „De la fréquence de l'ulcéro cancer de l'estomac.“ (Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 15).
4. Klausa. „Über die Entstehung des Magencarc. aus chron. Magengeschwür.“ Inaug.-Dissert. Kiel 1900.
5. W. M. Carpenter, Mac. Carty, M. D. „The pathological relationships of gastric ulcer and gastric carcinoma.“ (From the American Journal of the Medical sciences.) Dez. 1909.
6. Makkas. „Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1906.“ Gedenkband für Mikulicz.
7. Kappeler. „Meine Erfahrungen über Magenresektion wegen Ca.“ Deutsche Zeitschr. für Chir. 64 — 1902 — S. 247.
8. Daneel. „Bericht über die in der Heidelberger Klinik von 1905 bis Ende 1908 beobachteten Fälle von Magencarcinom.“ (Aus der chir. Klinik zu Heidelberg, Prof. Narath.) — Bruns Beiträge 59 — 1908 — S. 283.
9. Steiner. „Beiträge zur Krebsstatistik mit besonderer Berücksichtigung der an der I. chirurg. Universitätsklinik durch operative Behandlung erzielten Dauererfolge.“ (Mitteilung aus der I. chir. Klinik der königl. ungar. Universität zu Budapest. Vorst. Prof. Dr. Dollinger.) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 82, 1906.
10. Clairmont. „Bericht über 258 von Prof. Hofrat v. Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen.“ (Aus der I. chir. Klinik in Wien des Prof. von Eiselsberg.) Langenbecks Archiv 76 — 1905 — S. 181.
11. Graham. „Ulcer and Cancer of the Stomach their relationship.“ (Boston med. and surg. Journ. 1905.)

11a. Graham. Papers of Mayr Clinice. Rochester, 1905—09.

12. Rivière-Jaboulay. (Zit. nach Rodmann.) „How frequently do gastric ulcers become carcinomata?“ Surgery, Gynaekolog and Obstetrics. Bd. 6 — 1908.
13. Otto Creite. „Beiträge zur Chirurgie des Magencarcinoms.“ (Aus der chir. Universitätsklinik zu Göttingen des Prof. Dr. Braun.) Deutsche Zeitschr. für Chir. 87 — 1907 — S. 275.

13a. Otto Creite. „Beträge zur Chirurgie des Magencarcinoms.“ (Aus der chir. Universitätsklinik zu Göttingen des Prof. Dr. Braun.) Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 94 — 1908 — S. 471.

14. Stich. „Beiträge zur Magenchirurgie.“ Bruns Beiträge Bd. 40 — 1903.

15. Brüning. „Beitrag zur Frage der Resektion des carcinomatösen Magens." (Aus der chir. Klinik des Prof. Poppert, Gießen.) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 80 — 1905.

16. Nordmann. „Zur Chirurgie der Magengeschwülste." (Aus der chir. Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban, Berlin. Dir. Prof. Dr. Körte.) Langenbecks Archiv 73 — 1904 — S. 537.

17. Moynihan. „The early Diagnosis and Treatment of the Cancer of the Stomach." Brit. med. Journ. 1909 I. — S. 830.

18. Matti. „Über 97 Magenresektionen wegen Ca. mit Berücksichtigung der Fernresultate hinsichtl. Radikalheilung und Wiederherstellung der Magenfunktion." (Aus der chir. Klin. und Privatklin. des Prof. Kocher, Bern.) Deutsche Zeitschr. für Chir. 77 — 1905.

19. Josef Kindl. „Bericht über operativ behandelte Magenerkrankungen (1897—1907)." (Aus der chir. Klinik zu Innsbruck, Dir. Prof. Dr. Schloffer.) Bruns Beiträge 63 — 1909 — S. 19.

20. Hermann Schloffer. „Die an der Wölflerschen Klinik seit 1895 operierten Fälle von gutartigen Magenerkrankungen." Bemerkungen zur Gastroenterostomie. (Aus der Prager chir. Klinik des Prof. Dr. Wölfler.) Bruns Beiträge 32 — 1902 — S. 310.

21. Max Hofmann. „Bericht über 52 operativ behandelte Fälle von ulc. ventr." (Aus der Grazer chir. Klinik des Prof. v. Hacker.) Bruns Beiträge z. kl. Chir. 50 — 1906 — S. 710.

22. Alex Brenner. „Über die chir. Behandlung des kallösen Magengeschwürs." Langenbecks Archiv 69, S. 704 — 1903.

23. Hans Rubritius. „Ein Beitrag zur chir. Behandlung des chron. Magengeschwürs und seiner Folgeerscheinungen." Bruns Beitr. 67 — 1910. S. 222.

24. Schloffer. Siehe obige Arbeit.

25. Paul Clairmont. „Bericht über 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen." (Aus der I. chir. Klinik in Wien. — Prof. v. Eiselsberg.) Langenbecks Archiv 76 — 1905 — S. 180.

26. H. Kramer. „Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Pylorusstenosen." (Aus der Heidelberger chir. Klinik, Direkt. Geh. Prof. Dr. Czerny.) Bruns Beiträge 51 — 1906 — S. 289.

27. Petersen und Dr. Machol. „Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten." Bruns Beiträge, Bd. 33 — 1902. S. 297.

28. O. E. Schulz. „Zur Statistik der Gastroenterostomien bei benignen Magenerkrankungen." (Aus der II. chir. Univers.-Klinik zu Wien. Prof. Dr. Hochenegg.) Deutsche Zeitschr. für Chir. 88 — 1907. S. 494.

29. Paul Graf. „Ein Beitrag zur Chirurgie gutartiger Magenerkrankungen." (Aus der königl. Univers.-Klinik zu Kiel des Prof. Dr. Helferich.) Deutsche Zeitschr. für Chir. 90 — 1909. — S. 365.

30. J. M. Mayer. „Über Dauererfolge in der operativen Behandlung der gutartigen Magenerkrankungen." (Aus dem städt. Katharinenhospital zu Stuttgart. Chir. Abt. Prof. Dr. Steinthal.) Bruns Beitr., Bd. 61 — 1909 — S. 151.

31. Ferd. Kreuzer. „Die chir. Behandlung des runden Magengeschwürs und seiner Folgezustände an der Krönleinschen Klinik in Zürich in den Jahren 1887—1904." (Aus der chir. Universitätsklinik in Zürich.) Bruns Beiträge z. kl. Chir., Bd. 49 — S. 380.

32. Burk. „Die chirurgische Behandlung gutartiger Magenerkrankungen und ihrer Folgezustände." (Aus dem Ludwigsspital und dem Karl-Olga-Krankenhause zu Stuttgart. Chir. Abt. Prof. Hofmeister.) Bruns Beitr. 76 — 1911 — S. 638.

32. Karl Borszecky. „Die chirurg. Behandlung des pept. Magen- und Duodenalgeschwürs und seiner Komplikationen und die damit erreichten Endresultate." (Aus der Chir. Klinik zu Budapest, Dir. Hofrat v. Réczey.) Bruns Beitr. 57 — 1908 — S. 56.

34. P. A. Albrecht, prakt. Arzt in Zürich. „Über die Resultate der wegen Ulc. ventr. und seinen Folgezuständen ausgeführten Gastroenterostomien." (Aus dem Kantonspital zu Münsterlingen, Chefarzt Dr. Konrad Brunner.) Bruns Beitr. 73 — S. 431, 1911.

35. Stich. „Beiträge zur Magenchirurgie." Bruns Beitr. 40 — 1903 — S. 342.

36. Gustav Petrén „Studien über die Ergebnisse der chirurg. Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs mit ihren nicht akuten Komplikationen." Bruns Beitr. 76 — 1911 — S. 305.

37. Max Busch. „Über die chir. Behandlung gutartiger Magenaffektionen, insbesondere des Magengeschwürs und seiner Folgezustände mit besonderer Berücksichtigung der Spätresultate." (Aus der chir. Abteil. des städt. Krankenhauses am Urban, Berlin. Dir. Prof. Dr. Körte.) Langenbecks Archiv 90 — 1909 — S. 1.

38. Payr. „Beiträge zur Pathogenese, pathol. Anatomie und radikalen Behandlung des runden Magengeschwürs." Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chir. 1910.

39. Küttner. „Zur Beurteilung und Behandlung des ulcus callosum ventr." 1. Bd.

40. L. Bamberger. „Die innere und die chirurg. Behandlung des chron. Magengeschwürs und ihre Erfolge." S. 269. Berlin, Jul. Springer. 1909.

Lebenslauf.

Ich, Johannes, Alfred, Fritz Kaßner, katholischer Konfession, wurde geboren am 26. April 1887 zu Breslau a. d. Oder als Sohn des jetzigen Universitätsprofessors Georg Kaßner und seiner Frau Maria geb. Heintze.

Mit 6 Jahren besuchte ich dann die Elementarschule in Münster i. W., um mit dem Beginn meines 10. Lebensjahres auf dem Paulinischen Gymnasium zu Münster i. W. humanistischen Studien obzuliegen. Ostern 1907 bestand ich dort die Reifeprüfung. 5 Semester lang studierte ich darauf an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W. Medizin und Naturwissenschaft. Zu Ende des S. S. 1906 unterzog ich mich mit Erfolg der ärztlichen Vorprüfung. Darauf studierte ich die einzelnen medizinischen Fächer von Michaelis 1909 bis Michaelis 1910 in München, von Michaelis 1910 bis Ostern 1911 in Berlin. Die letzten zwei Semester verbrachte ich an der Universität zu Kiel, wo ich am 6. Juni 1912 das medizinische Staatsexamen bestand.

Johannes Kaßner.

Kiel, den 22. Juli 1912.